

問診票

四街道森山クリニック

令和 年 月 日

生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	性別	男・女
ふりがな						
氏名	年齢	歳	身長	cm	体重	kg
住所	〒					
携帯番号	緊急連絡先（本人との関係）					
	未成年の方は親の携帯番号					
職業						

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証に利用にご協力をお願いします。 ●医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時4点）マイナ保険証を利用した場合（初診時2点）

1 どのようなことを相談したいですか？（いくつでも可）

不眠：1日 時間

（寝つきが悪い・途中で目が覚める・朝早く起きる・ぐっすり寝た気がしない）

食欲の変化：1日 食（食事量が増えた・減った）

不安・緊張・抑うつ・いらいら・意欲低下・集中力低下

食欲低下・物忘れ・体の症状・家庭の悩み・職場の悩み

学校の悩み・更年期障害・対人恐怖・パニック

そのほか（ ）

2 その問題はいつごろからありますか。

年 月から 現在は 悪くなっている・よくなっている・変わらない

3 不調になったきっかけと思われることはありますか。

ない・ある（内容： ）

4 今までにほかの医療機関を受診したことはありますか。

ない・ある（当院への紹介状は 有・無）

医療機関名 年 月から 年 月 通院・入院

医療機関名 年 月から 年 月 通院・入院

5 今までにかかったことのある病気を教えてください。

歳 病名： 医療機関： 治癒・治療中

歳 病名： 医療機関： 治癒・治療中

6 普段飲んでいる薬があれば教えてください。

ない・ある（ ）

7 薬のアレルギーがあれば教えてください。

ない・ある（ ）

※ 2枚目の記入もお願いします。

8 嗜好品について教えてください。

【お酒】 飲まない ・ たまに飲む ・ 週1～2日 ・ 週3～4日 ・ ほぼ毎日
平均 → ビール・焼酎・日本酒・ワイン・ウイスキーを 1日() ml ・ 本
【タバコ】 吸わない ・ 吸う(本/日)

9 女性の方のみにお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

現在、生理は(順調・不順・無) 閉経は(歳) 妊娠中・授乳中

10 成育歴についてお聞きします。○をつけてください。

【出生地】

(都・道・府・県 区・市・町・村)

【最終学歴】

卒業年(S・H 年卒業)

【職歴】

職業とその内容

- | | | |
|---|----|-------|
| ① | 年～ | 年 () |
| ② | 年～ | 年 () |
| ③ | 年～ | 年 () |
| ④ | 年～ | 年 () |

【婚姻】

未婚 ・ 既婚(年 月結婚) ・ 離婚(年 月離婚)

【家族構成】

同居家族の人数()人

※年齢と関係の記入もお願いします。

例 (52歳 / 父) (/) (/)
(/) (/) (/)
(/) (/) (/)

【家族歴】

ご家族、ご親族の中で精神疾患にかかったことのある方がいらっしゃる場合は
ご記入をお願いいたします。

例：父がうつ病でH18年8月から精神科で治療を受けている。

[]

11 こちらのクリニックをどちらでお知りになりましたか。(いくつでも可)

(1)他の医療機関 (2)看板 (3)通りがかり (4)友人・知人・家族からの紹介
(5)その他()

(6)インターネット検索 ↓↓↓ あてはまるものに○をお願いします。

Yahoo!検索 ・ グーグル検索 ・ エキテン ・ 心の癒し ・ ホスピタ
SCUEL ・ 病院ナビ ・ MyClinic ・ @ドクター
お医者さんガイド ・ マピオン
その他()